



Pratiques exemplaires en matière d'abandon du tabagisme pour les patients atteints de cancer et leur famille

Le 18 octobre 2018

De 13 h à 14 h, heure de l'Est



Objectifs d'apprentissage d'aujourd'hui



Accroître les connaissances sur les avantages des traitements et les résultats en matière de santé en lien avec l'abandon du tabagisme pour les patients atteints de cancer.



Découvrir les pratiques actuelles en matière d'abandon du tabagisme pour les patients atteints de cancer et leur famille, au Canada et à l'étranger.



Favoriser leur partage au sein des spécialistes des pratiques et des politiques afin de promouvoir leur mise en œuvre et leur adaptation dans l'ensemble du Canada.

Présentation de nos conférenciers invités



Dr Graham Warren, M.D., Ph. D.

Vice-président à la recherche
Département de radio-oncologie
Département de pharmacologie cellulaire et moléculaire
Programme de prévention et de lutte contre le cancer
Hollings Cancer Center
Medical University of South Carolina



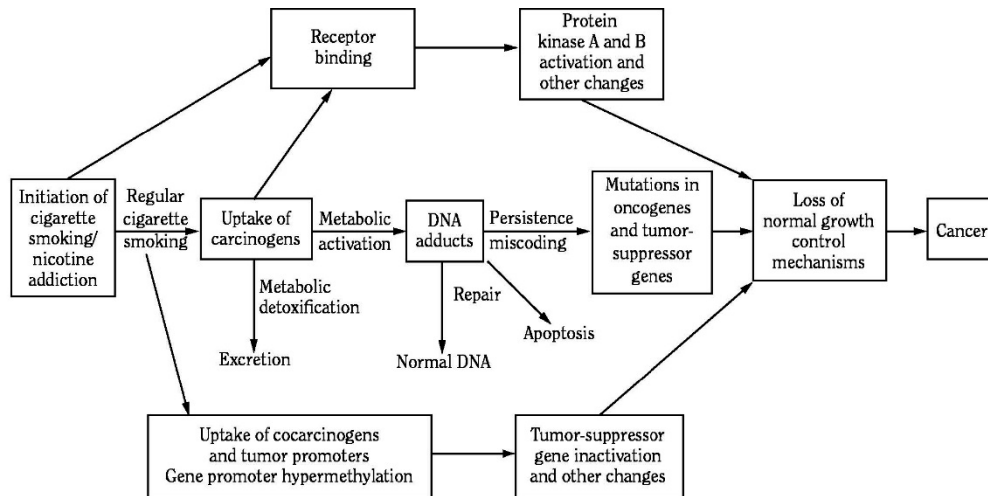
Scott Antle, directeur de projet,
abandon du tabagisme, et gestionnaire de
programme, dépistage du cancer du côlon
et du col de l'utérus,
Programme de soins contre le cancer, Régie
de santé de l'Est, Terre-Neuve-et-Labrador

Respecter les traditions



Problème : on ne voit pas le tabagisme dans le continuum des soins liés au cancer

Modèle de carcinogénèse établi

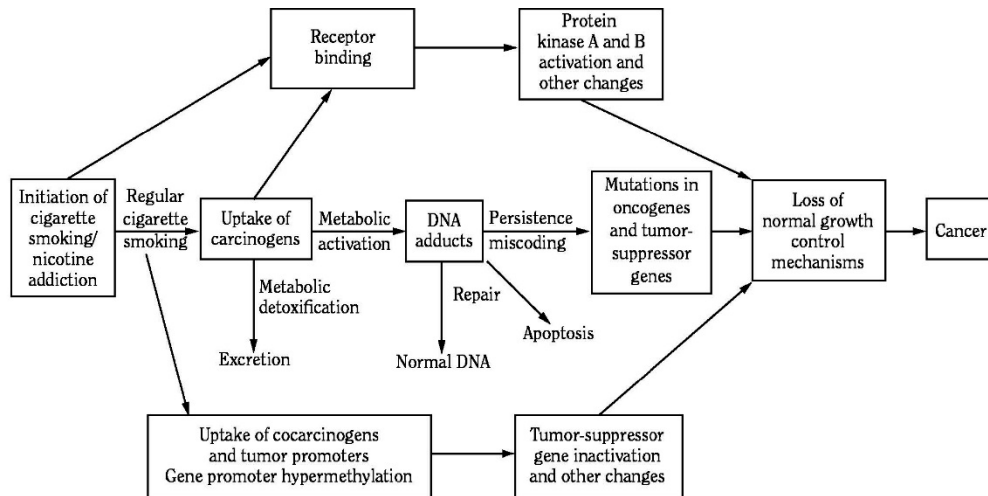


2010 Surgeon General's Report, Fig 5.1

Problème : on ne voit pas le tabagisme dans le continuum des soins liés au cancer

Déconnexion historique

Modèle de carcinogénèse établi



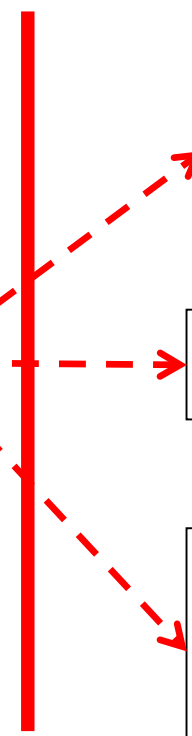
2010 Surgeon General's Report, Fig 5.1

Réalité du cancer

Résultats biologiques
(promotion des tumeurs, diminution de l'efficacité des traitements contre le cancer)

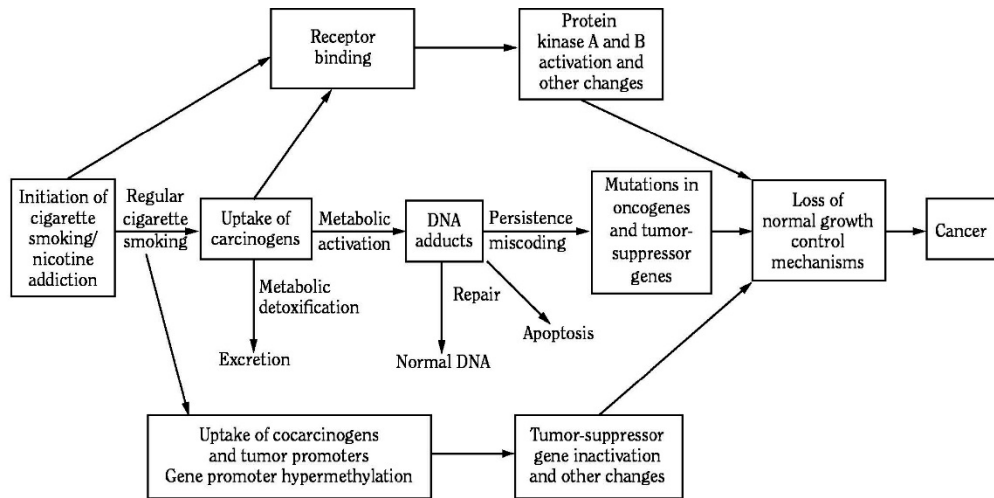
Résultats cliniques
(récidive, toxicité, mortalité)

Résultats liés à la valeur
(coût d'un traitement contre le cancer, productivité, qualité de vie/fin de vie, récidive, toxicité, mortalité)



Problème : on ne voit pas le tabagisme dans le continuum des soins liés au cancer

Modèle de carcinogenèse établi



2010 Surgeon General's Report, Fig 5.1

~~Déconnexion historique~~

Réalité du cancer

Résultats biologiques
(promotion des tumeurs, diminution de l'efficacité des traitements contre le cancer)

Résultats cliniques
(récidive, toxicité, mortalité)

Résultats liés à la valeur
(coût d'un traitement contre le cancer, productivité, qualité de vie/fin de vie, récidive, toxicité, mortalité)

Aborder le tabagisme chez les patients atteints de cancer

Rapport de 2014 du Directeur du Service de santé publique des États-Unis (SGR 2014)

- Examen de référence du SGR d'environ 400 études sur plus de 500 000 patients
- Chez les patients atteints de cancer et les survivants, il existe des données probantes suffisantes permettant d'établir une relation de causalité entre l'usage de la cigarette et
 - les effets négatifs sur la santé qui en résultent;
 - une mortalité accrue pour toutes les causes;
 - une mortalité accrue propre au cancer;
 - un risque accru de deuxième cancer primaire;
 - un risque accru de récurrence, une réponse moins favorable au traitement et une toxicité accrue en lien avec le traitement

U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Géorgie : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

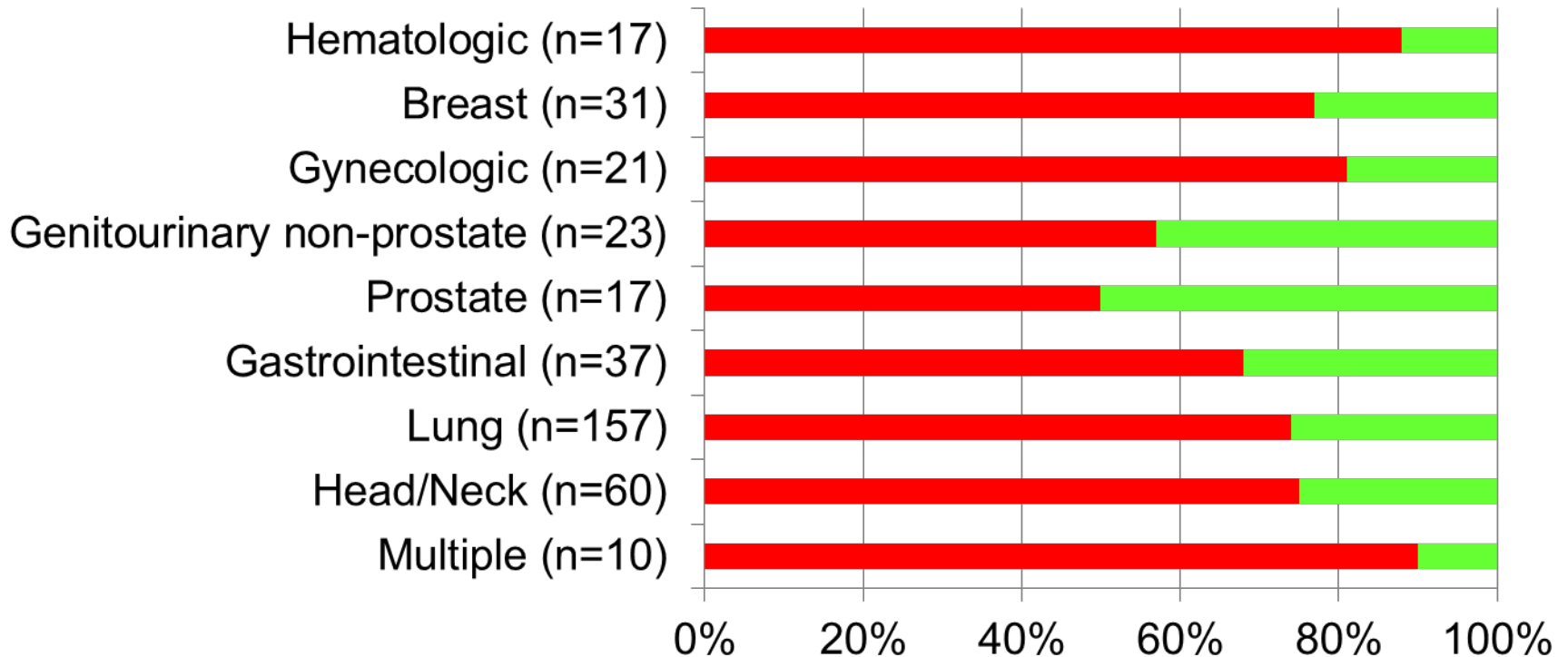
SGR 2014 : estimations de l'ampleur

Effet	Études	Associations (importantes)	Ampleur du RR (médiane)
Mortalité globale	159	87 % (62 %)	Actuelle : 1,51 Ancienne : 1,22
Survie globale	62	77 % (42 %)	
Mortalité liée au cancer	58	79 % (59 %)	Actuelle : 1,61 Ancienne : 1,03
Deuxième cancer primaire	26	100 % (100 %)	
Récidive	51	82 % (53 %)	Actuelle : 1,42 Ancienne : 1,15
Réponse	16	72 %	
Toxicité	82	94 % (80 %)	

U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Géorgie : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Associations négatives du tabagisme (une association négative et plus)

■ Significant ■ Non-significant



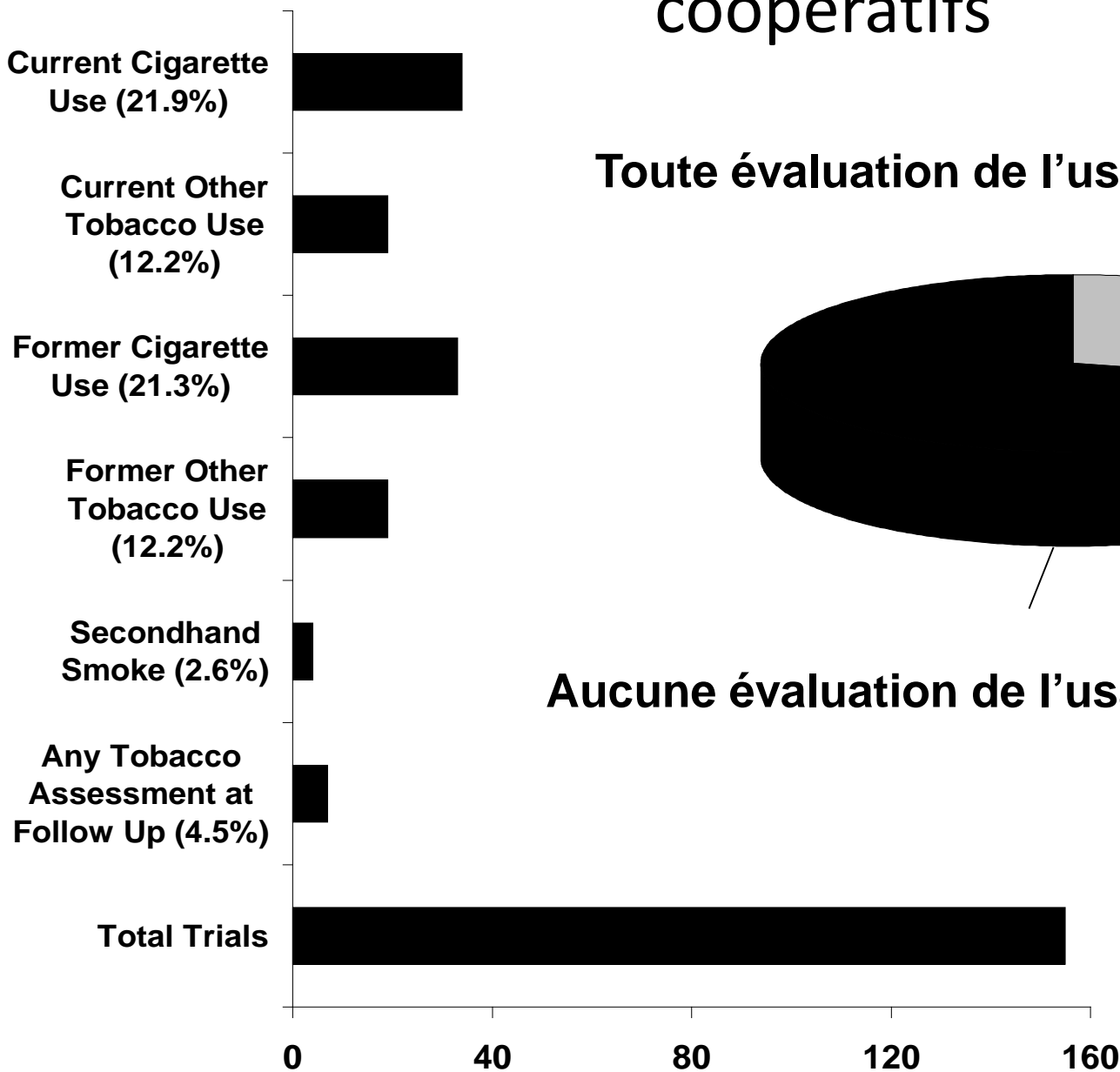
U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Géorgie : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Abandon du tabagisme et mortalité globale

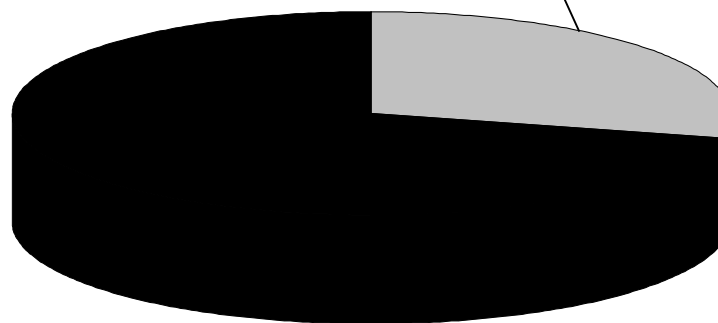
<i>Persistent versus Quit</i>	
Al-Mamgani et al., 2014	5.25 (3.47-7.95) (calculated) (n=267, H/N, larynx)
Roach et al., 2016	2.07 (1.02-4.20) (n=119, lung)
Dobson Amato et al., 2015	1.79 (1.14-2.82) (n=224, lung)
Tao et al., 2013	1.76 (1.37-2.27) (n=411, male mult sites)
Passarelli et al., 2016	1.50 (RR 2.57 p vs. 2.34 q) (calc) (n=786, breast)
Browman et al., 2002	1.22 (0.79-1.87) (calculated) Comparison of smokers of >1 cig/day vs. <1 cig/day including nonsmokers
<i>Quit versus Persistent</i>	
Nia et al., 2005	0.34 (0.16-0.71) (n=204, lung)
Chen et al., 2010	0.54 (0.37-0.77) (n=163, lung, SCLC)
Sandoval et al., 2009	0.77 (0.34-1.73) (n=85, H/N, oral cavity)
Choi et al., 2016	0.88 (RR 2.38 q vs. 2.71 p) (calc) (n=245, H/N)

L'usage continu du tabac accroît le risque de ~1,6 à 1,7
 comparativement à l'abandon du tabagisme
 (**l'abandon du tabagisme peut améliorer les
 résultats?!?!**)

Évaluation de l'usage du tabac dans les groupes coopératifs



Toute évaluation de l'usage du tabac (29 %)



Aucune évaluation de l'usage du tabac (71 %)

Peters, E. A. et coll. (2012). *J Clin Oncol*, 30(23), 2869-75

Évaluation de l'usage du tabac par les oncologues (toujours/presque tout le temps)

Paramètre	IASLC (n = 1 507)	ASCO (n = 1 197)	NDCC (n = 887)
Demander aux patients s'ils fument	90,2 %	89,5 %	90,2 %
Demander aux patients s'ils cesseront de fumer	78,9 %	80,2 %	78,5 %
Conseiller aux patients de cesser de fumer	80,6 %	82,4 %	83,3 %
Parler des médicaments	40,2 %	44,3 %	36,7 %
Traiter activement	38,8 %	38,6 %	35,1 %

Warren, G. W. et coll. (2013). *J Thorac Oncol*, 8, 543-548

Warren, G. W. et coll. (2013, 29 juillet). *J Oncol Pract*, publication en ligne

Pommerenke et coll. *Réunion annuelle de l'AACR 2014*

Effets des perceptions sur la pratique

TABLE 5. Multivariate Associations of Perceptions and Barriers on Practice Patterns in Respondents

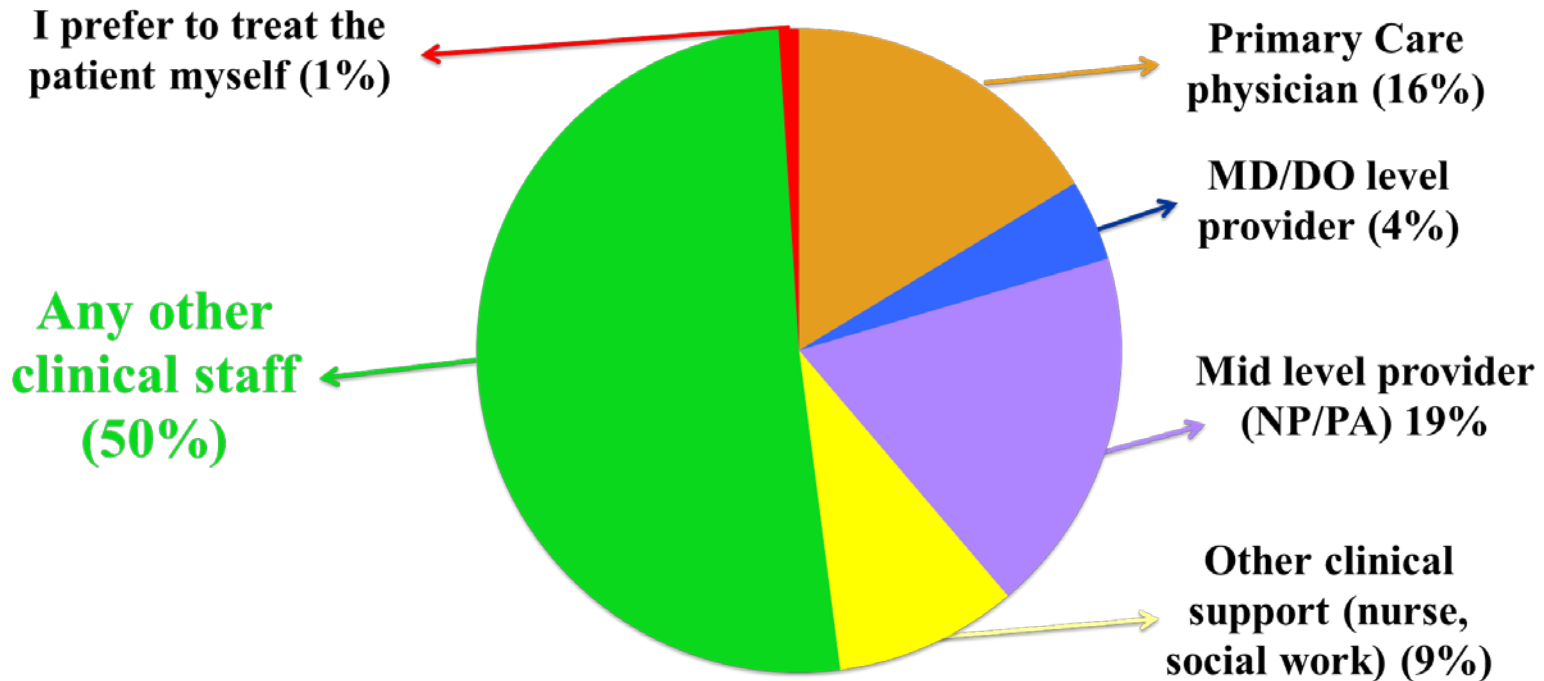
Perceptions and Barriers	Ask Your Patients if They Smoke, OR (95% CI)	Ask Patients Who Smoke if They Will Quit, OR (95% CI)	Advise Patients Who Smoke to Stop, OR (95% CI)	Discuss Medication Options, OR (95% CI)	Actively Treat or Refer Patients, OR (95% CI)
Current smoking or tobacco use impacts treatment outcomes in cancer patients	1.79 (0.91–3.52)	1.07 (0.79–1.46)	1.21 (0.89–1.66)	1.19 (0.93–1.53)	1.16 (0.90–1.50)
Tobacco cessation should be a standard part of cancer treatment interventions	1.06 (0.55–2.04)	2.07 (1.56–2.75)	1.74 (1.31–2.32)	1.17 (0.92–1.49)	1.52 (1.18–1.96)
Waste of time- cessation does not affect outcomes in cancer patients	1.37 (0.90–2.07)	1.09 (0.89–1.33)	1.24 (1.02–1.51)	0.84 (0.73–0.96)	0.76 (0.66–0.88)
Inability to get patients to quit tobacco use	1.12 (0.71–1.77)	1.32 (1.07–1.61)	1.19 (0.97–1.47)	1.01 (0.87–1.16)	1.03 (0.89–1.19)
Patient resistance to cessation treatment	1.16 (0.75–1.82)	0.90 (0.72–1.11)	1.02 (0.82–1.27)	0.90 (0.77–1.05)	0.94 (0.81–1.11)
I have had adequate training in tobacco assessment and cessation interventions	1.03 (0.65–1.64)	1.40 (1.14–1.71)	1.19 (0.97–1.45)	1.39 (1.22–1.58)	1.64 (1.43–1.88)
Lack of training or experience in tobacco cessation interventions	1.23 (0.72–2.09)	1.01 (0.79–1.30)	1.06 (0.82–1.37)	0.70 (0.59–0.84)	0.92 (0.77–1.09)
Clinicians need more training in tobacco assessment and cessation interventions	0.95 (0.55–1.64)	1.35 (1.05–1.73)	1.23 (0.95–1.59)	1.33 (1.11–1.60)	1.06 (0.88–1.27)
Lack of time for counseling or to set up a referral	1.09 (0.68–1.76)	0.94 (0.76–1.15)	0.93 (0.75–1.15)	0.79 (0.69–0.91)	0.80 (0.69–0.93)
None or limited provider reimbursement	0.97 (0.61–1.55)	0.90 (0.73–1.11)	0.87 (0.70–1.08)	1.12 (0.97–1.30)	1.00 (0.86–1.16)
Lack of available resources or referrals for cessation interventions	0.93 (0.55–1.58)	0.87 (0.69–1.09)	1.10 (0.87–1.40)	0.92 (0.78–1.08)	0.70 (0.60–0.83)

Analyses are adjusted for country, work setting, years passed since terminal degree, percent of time devoted to patient care, and history of tobacco use.

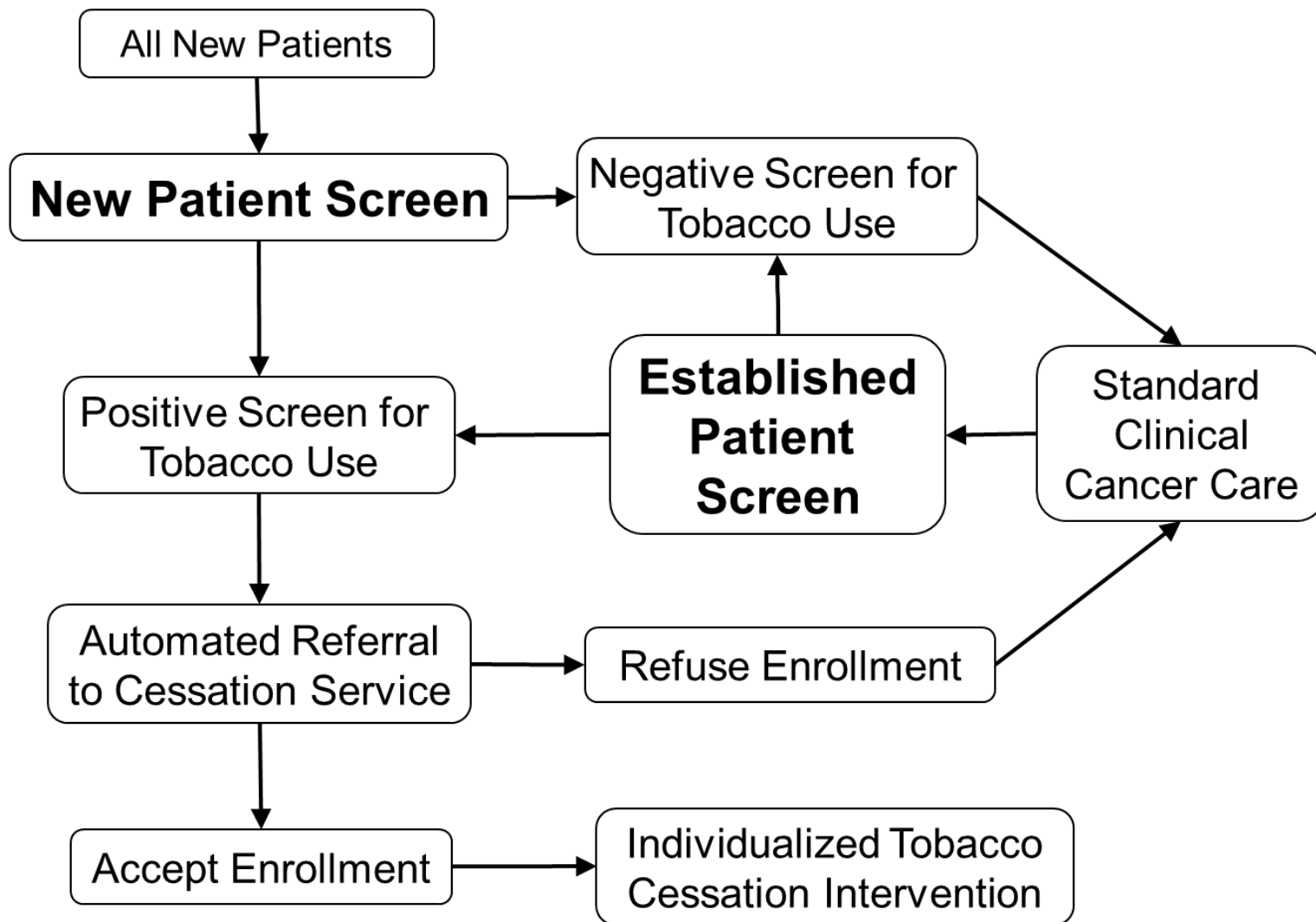
Qui doit offrir un soutien?

(sondage du NCI)

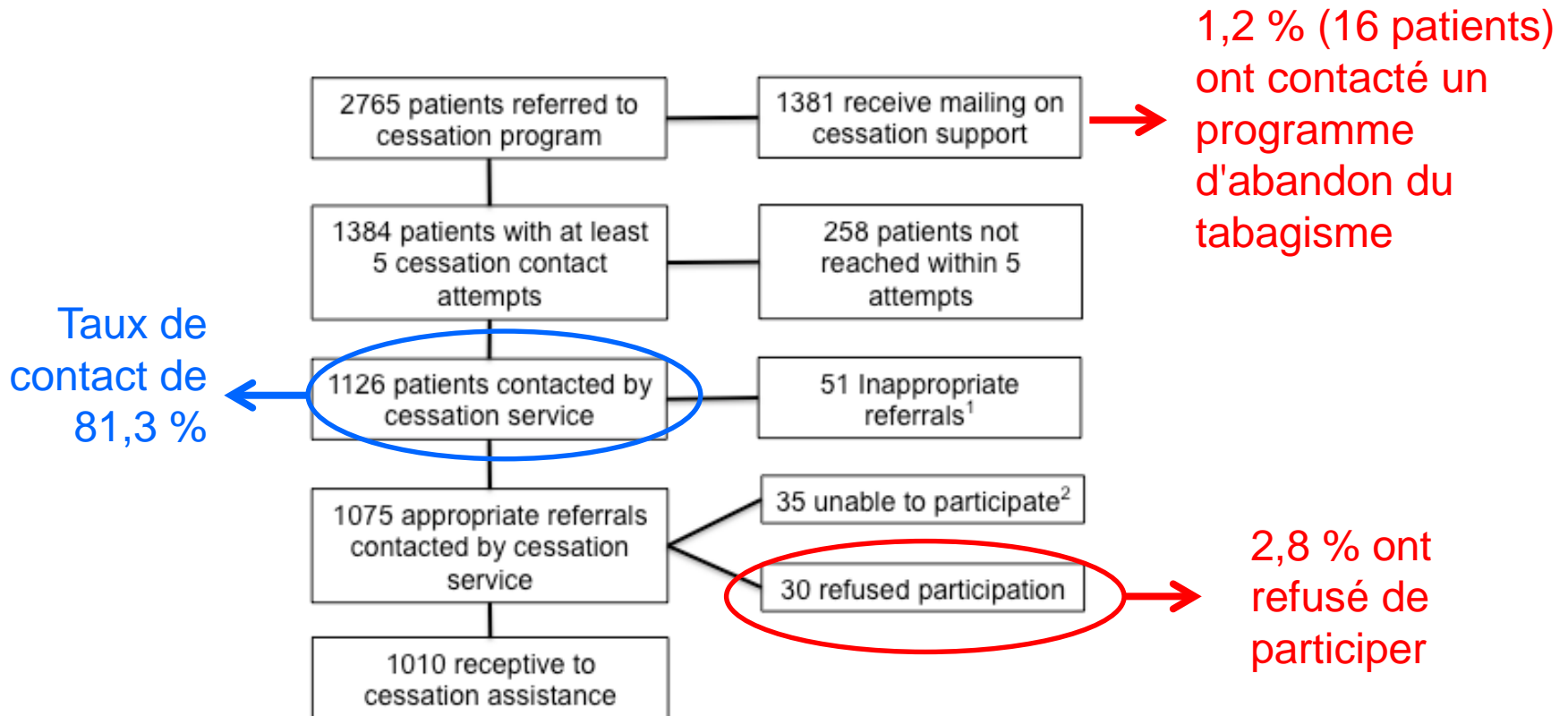
What provider do you prefer to provide cessation assistance?



Dépistage automatisé et traitement



Participation lors du premier contact visant l'abandon du tabagisme



1. Includes 12 never smokers and 39 former smokers with no tobacco use in the past 30 days
2. Includes 12 patients in end-of-life situation and 23 patients in assisted living arrangement with contact by proxy

Résultat du dépistage de nouveaux patients

98,8 % des aiguillages effectués à partir de 3 questions

Question ayant motivé l'aiguillage	% des aiguillages totaux pour les fumeurs actuels	% des aiguillages totaux pour les anciens fumeurs	% des aiguillages totaux
Fumez-vous des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout?	93,7 %		83,1 %
Consommez-vous actuellement d'autres produits du tabac, comme le cigare, la pipe, le tabac à chiquer, le tabac à priser, le tabac à tremper, le SNUS ou des cigarettes aux clous de girofle, des kreteks ou des bidis?	6,3 %		5,6 %
Quand avez-vous fumé une cigarette pour la dernière fois, même une seule bouffée?		89,0 %	10,1 %
Quand avez-vous fumé ou consommé d'autres produits du tabac pour la dernière fois (cigare, cigarillo, petit cigare, tabac à pipe, tabac à chiquer, tabac à priser, tabac à tremper ou SNUS, même une seule fois)?		1,4 %	0,2 %
Utilisez-vous actuellement l'une des méthodes ou des stratégies suivantes pour essayer d'arrêter?		2,7 %	0,3 %
Souhaitez-vous cesser de consommer du tabac ou discuter avec un spécialiste de l'abandon du tabagisme?		6,8 %	0,8 %

Le fait d'offrir une évaluation mensuelle n'a retardé que 3 des 428 aiguillages de patients vers des services d'abandon (0,7 %).

Abandon automatisé et mortalité

Continuous Variables	N	Mean	Hazard Ratio	95% CI	p
Age at diagnosis (years)	224	61.9	1.04	1.02–1.06	0.001
Pack-years	224	59.7	1.00	0.99–1.01	0.495
Days between diagnosis and last contact	224	100.9	0.999	0.998–1.001	0.227
Categorical Variables	N	%	Hazard Ratio	95% CI	p
Sex					
Female	134	59.8	1.00	Ref.	0.051
Male	90	40.2	1.45	1.01–2.14	
Clinical stage					
Stage I/II	81	36.2	1.00	Ref.	<0.001†
Stage III	65	29.0	2.53	1.39–4.61	
Stage IV	78	34.8	8.72	4.93–15.40	
ECOG status					
0	127	56.7	1.00	Ref.	0.265
≥1	97	43.3	1.26	0.84–1.89	
Tumor histology					
NSCLC	197	87.9	1.00	Ref.	0.626
Other lung cancer	27	12.1	0.87	0.50–1.52	
Quit status at referral					
Quit	48	21.4	1.00	Ref.	0.393
Current	176	78.6	0.80	0.48–1.34	
Quit status at last contact					
Quit	95	42.4	1.00	Ref.	0.012†
Current	129	57.6	1.79	1.14–2.82	

115 of 224 patients (51.3%) were deceased by the end of the follow-up period. The model is adjusted for all variables shown in this table based upon a Cox proportional hazards model.

*N = 224 of 250 due to 22 records missing clinical stage, two missing pack-years, and two missing both clinical stage and pack-years.

Bold indicates statistically significant at $p < 0.05$.

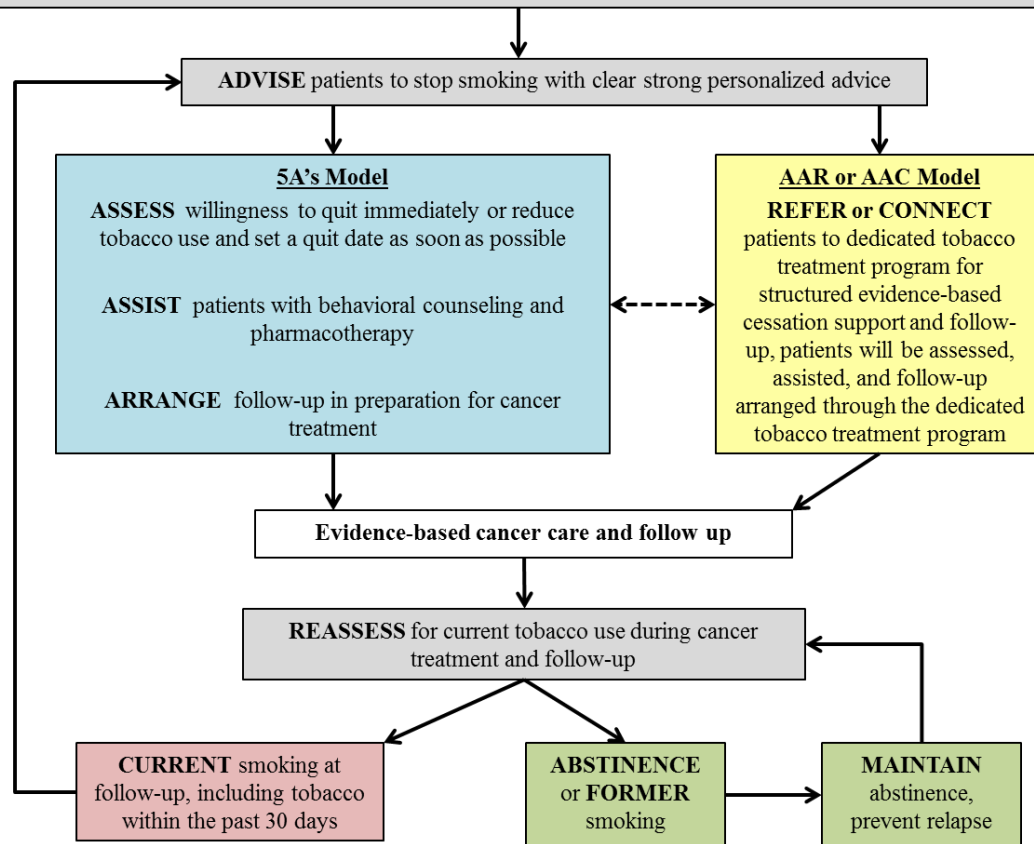
CI, confidence interval; ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group; NSCLC, non-small-cell lung cancer.

ASK:

Tobacco Assessment Questions to Determine CURRENT Smoking/Tobacco Use Status:

- Have you smoked at least 100 cigarettes in your entire life?
 - Yes (EVER smoker)
 - No
- Do you now smoke everyday, some days, or not at all?
 - Everyday (**CURRENT**)
 - Some days (**CURRENT**)
 - Not at all
- Do you use other forms of tobacco everyday, some days, or not at all?
 - Everyday (**CURRENT**)
 - Some days (**CURRENT**)
 - Not at all
- How long has it been since you last smoked a cigarette (even one or two puffs)?
 - I smoked a cigarette today (**CURRENT**)
 - 1-7 days (**CURRENT**)
 - 7 days - 1 month (**CURRENT**)
 - 1 month – 1 year
 - More than 1 year
 - Don't know/don't remember

ALL patients who report **CURRENT** smoking should receive cessation support



Mise en œuvre de l'abandon du tabagisme dans la pratique

- Le modèle des 5 A
 - Ask (demander)
 - Advise (conseiller)
 - Assess (évaluer)
 - Assist (aider)
 - Arrange (organiser)
- La mise en œuvre de l'abandon du tabagisme dans le contexte des soins cliniques doit envisager l'intégration d'approches nouvelles et de suivi

Lignes directrices du NCCN



NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

Smoking Cessation

Version 1.2015

NCCN.org

Continue

Version 1.2015, 03/09/15 © National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2015. All rights reserved. The NCCN Guidelines® and this illustration may not be reproduced in any form without the express written permission of NCCN®.

Questions structurées du NCI/de l'AACR

Published OnlineFirst February 17, 2016; DOI: 10.1158/1078-0432.CCR-16-0104

Special Report

Clinical
Cancer
Research

Research Priorities, Measures, and Recommendations for Assessment of Tobacco Use in Clinical Cancer Research

Stephanie R. Land¹, Benjamin A. Toll², Carol M. Moinpour³, Sandra A. Mitchell¹,
Jamie S. Ostroff⁴, Dorothy K. Hatsukami⁵, Sonia A. Duffy⁶, Ellen R. Gritz⁷, Nancy A. Rigotti⁸,
Thomas H. Brandon⁹, Sheila A. Prindiville¹⁰, Linda P. Sarna¹¹, Robert A. Schnoll¹²,
Roy S. Herbst¹³, Paul M. Cinciripini⁷, Scott J. Leischow¹⁴, Carolyn M. Dresler¹⁵,
Michael C. Fiore¹⁶, and Graham W. Warren^{2,17,18}

Cognitive Testing of Tobacco Use Items for Administration to Patients with Cancer and Cancer Survivors in Clinical Research

Stephanie R. Land, PhD^{1,2}; Graham W. Warren, MD, PhD^{3,4}; Jennifer L. Crafts, PhD⁵; Dorothy K. Hatsukami, PhD⁶;
Jamie S. Ostroff, PhD⁷; Gordon B. Willis, PhD²; Veronica Y. Chollette, RN, MS²; Sandra A. Mitchell, PhD, CRNP, AOCN²;
Jasmine N. M. Folz, MA⁵; James L. Gulley, MD, PhD⁸; Eva Szabo, MD⁹; Thomas H. Brandon, PhD¹⁰;
Sonia A. Duffy, PhD, RN¹¹; and Benjamin A. Toll, PhD¹²

Principaux éléments

1. **Have you smoked at least 100 cigarettes (5 packs=100 cigarettes) in your entire life?**

- Yes
- No
- Don't know/Not sure

4. **How many total years have you smoked (or did you smoke) cigarettes? Do not count any time you may have stayed off cigarettes.**

_____ Years *If you smoked less than one year, write "1."*

5. **On average when you have smoked, about how many cigarettes do you (or did you) smoke a day?**

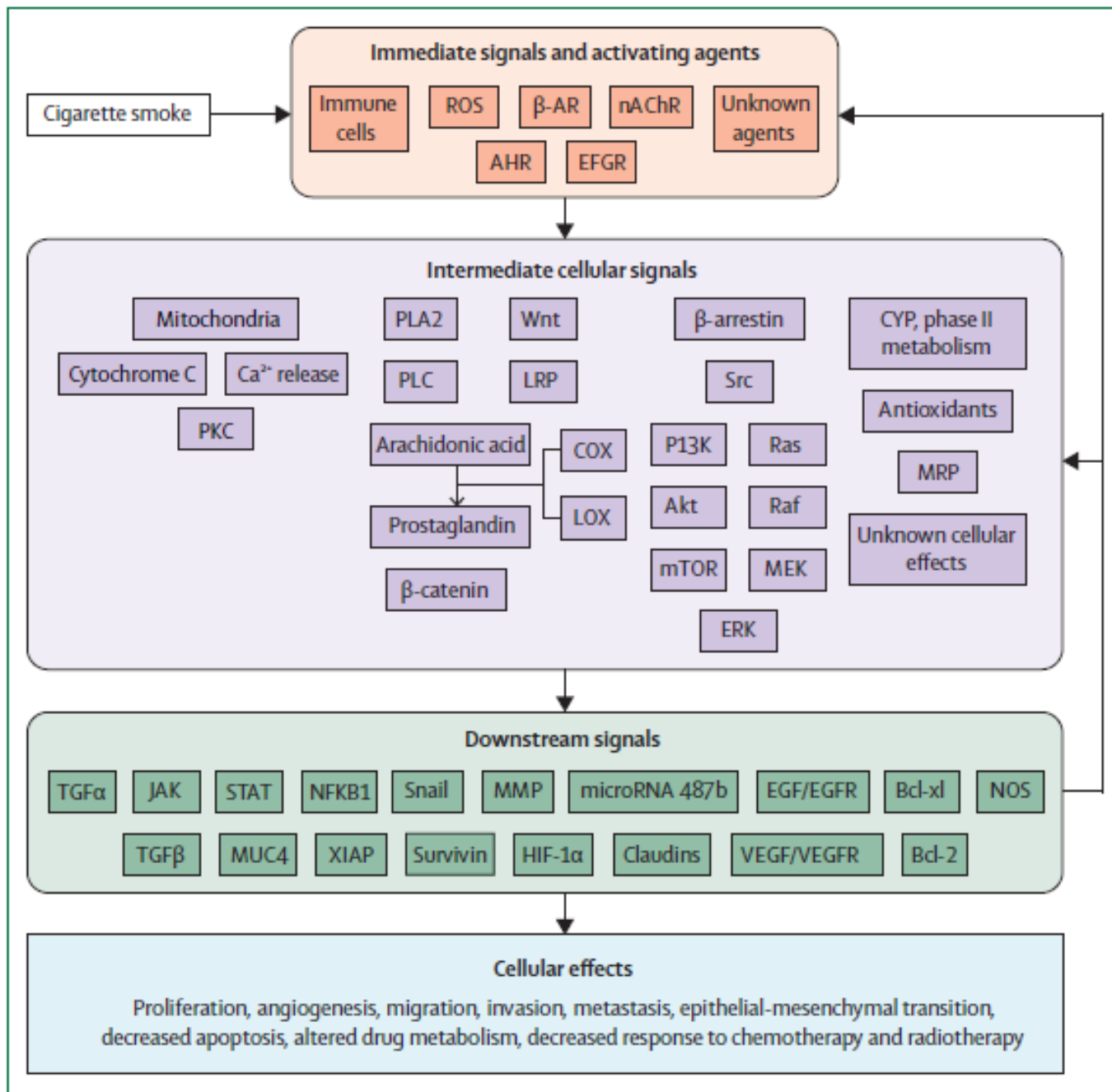
A pack usually has 20 cigarettes in it.

_____ Number of cigarettes per day

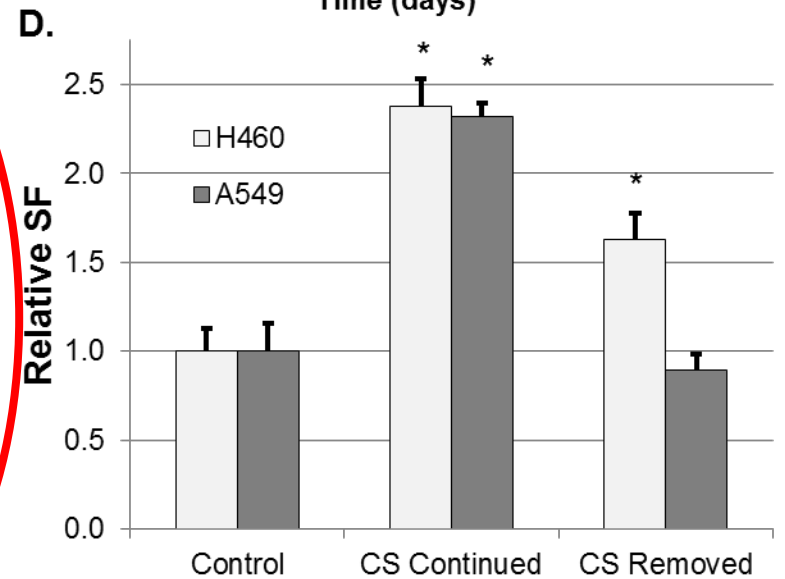
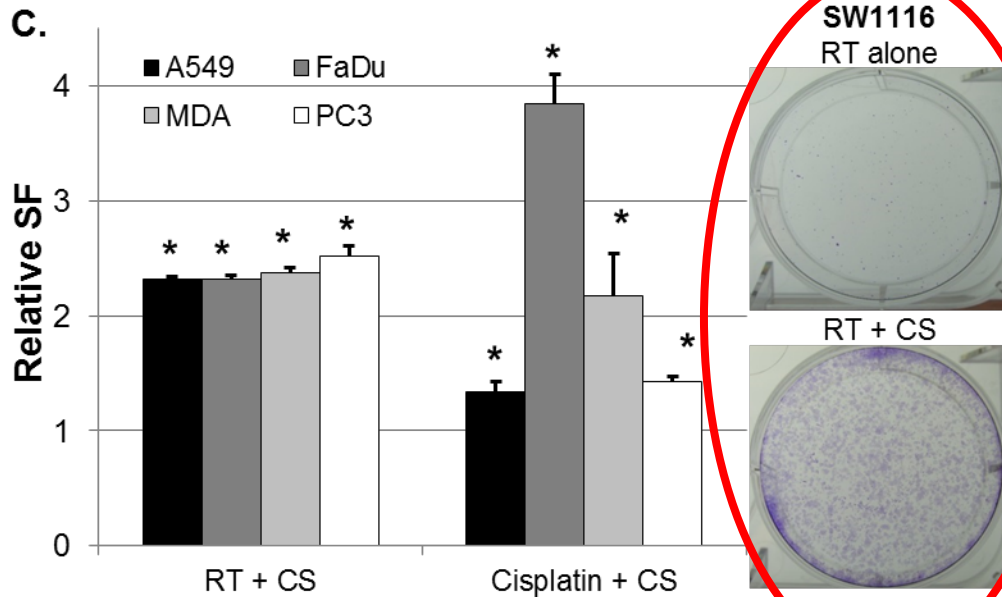
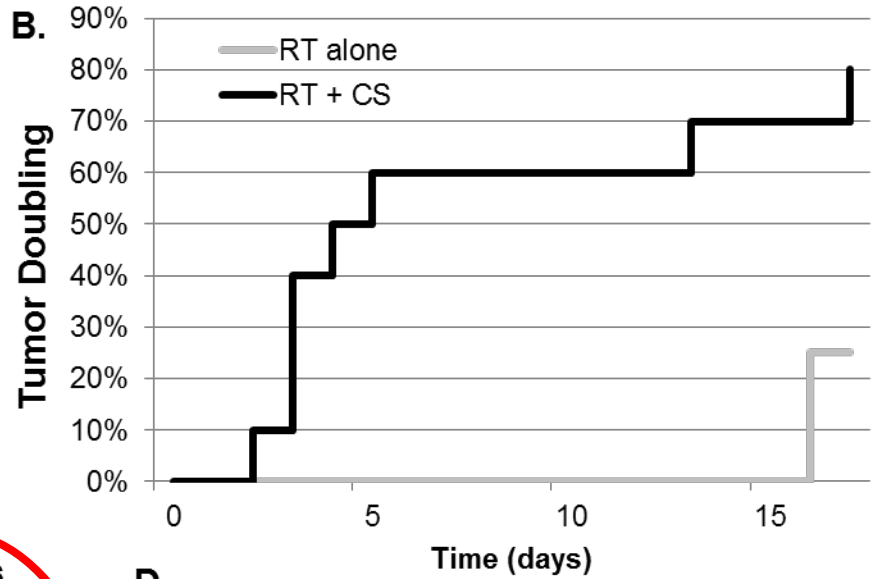
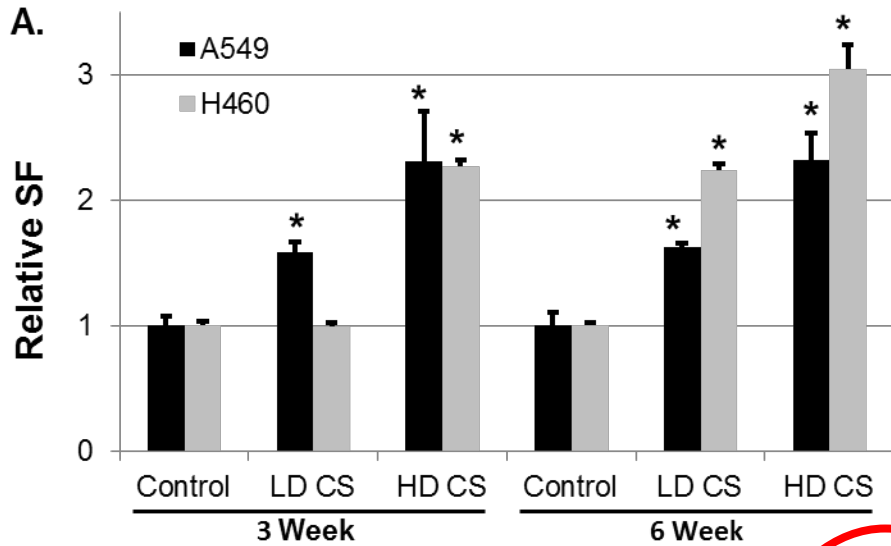
6. **How long has it been since you last smoked a cigarette (even one or two puffs)?**

First check which one of the following choices applies to you. Then, if applicable, write a number on the line for how many days, weeks, months, or years it has been since your last cigarette.

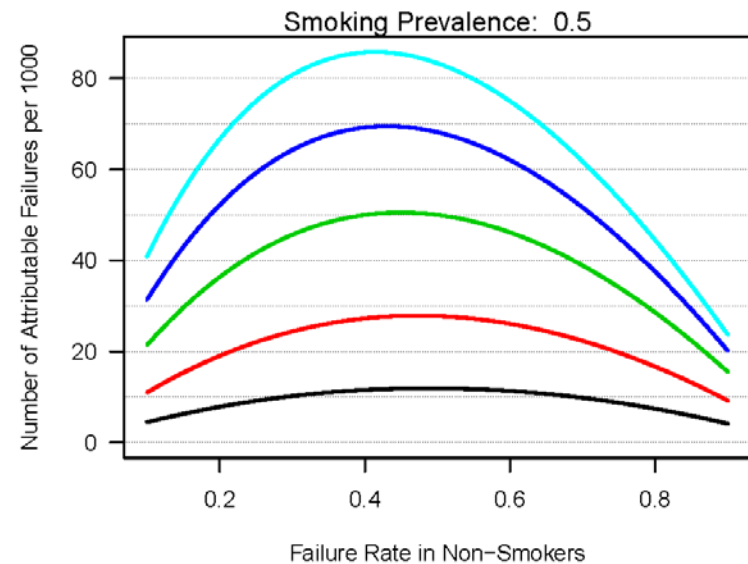
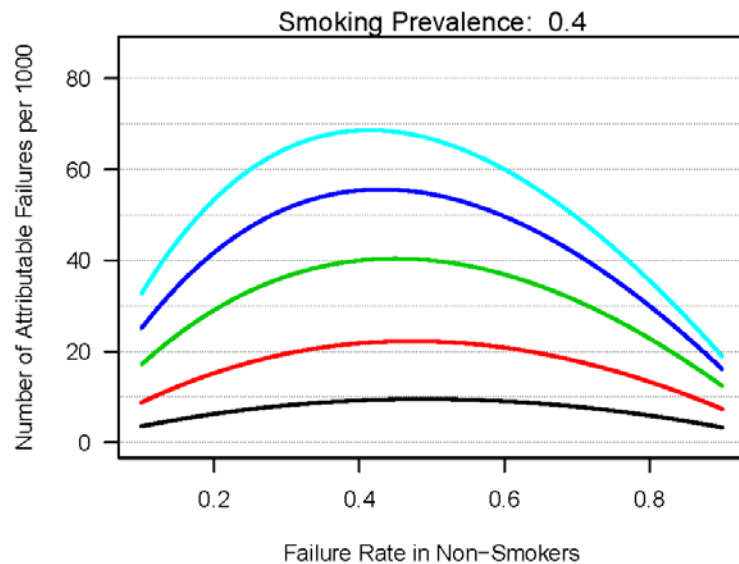
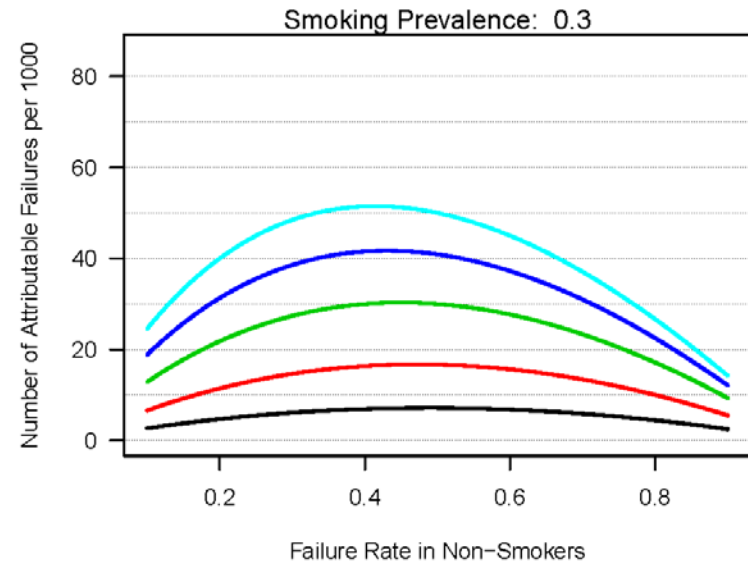
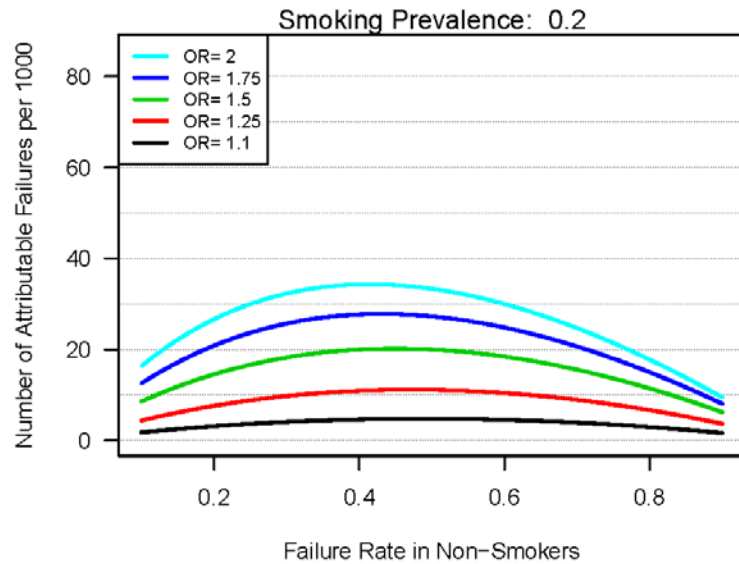
- I smoked a cigarette today (at least one puff).
- 1-7 days. ➔ Number of days since last cigarette: _____
- Less than 1 month. ➔ Number of weeks since last cigarette: _____
- Less than 1 year. ➔ Number of months since last cigarette: _____
- More than 1 year. ➔ Number of years since last cigarette: _____
- Don't know/Don't remember



Tabagisme et réponse thérapeutique



ARGENT : échec imputable



Coût annuel des échecs imputables au tabagisme (aux É.-U)

Coût national estimé pour 1,6 million de patients atteints d'un cancer

Échec de référence (chez les non-fumeurs) 0,3

Risque lié au tabagisme 1,6

	Coût du traitement contre le cancer de deuxième intention ou ultérieur			
Prévalence du tabagisme	10 000 \$	50 000 \$	100 000 \$	250 000 \$
0,05	85 424 K\$	427 119 K\$	854 237 K\$	2 135 593 K\$
0,10	170 847 K\$	854 237 K\$	1 708 475 K\$	4 271 186 K\$
0,20	341 695 K\$	1,7 milliards \$	3,4 milliards \$	8 542 373 K\$
0,30	512 542 K\$	2 562 712 K\$	5 125 424 K\$	12 813 559 K\$
0,40	683 390 K\$	3 416 949 K\$	6 833 898 K\$	17 084 746 K\$
0,50	854 237 K\$	4 271 186 K\$	8 542 373 K\$	21 355 932 K\$

Coût imputable au Canada

- Population canadienne : 36 585 000
- Incidence du cancer au Canada : 206 200
- Taux de mortalité par cancer sur 5 ans : 40 %
 - Prévalence du tabagisme au Canada : 16,9 %
 - REMARQUE : ~30 % des patients atteints de cancer qui fument ne disent pas la vérité
 - Il faut ajuster la prévalence à ~20 %
 - Prévalence des patients canadiens atteints de cancer qui fument : ~41 240
- **4 789 échecs de première ligne imputables au tabagisme**
- Coût annuel des traitements de première ligne
 - Pour 10 K\$ par échec : ~48 millions \$
 - **Pour 50 K\$ par échec : ~239 millions \$**

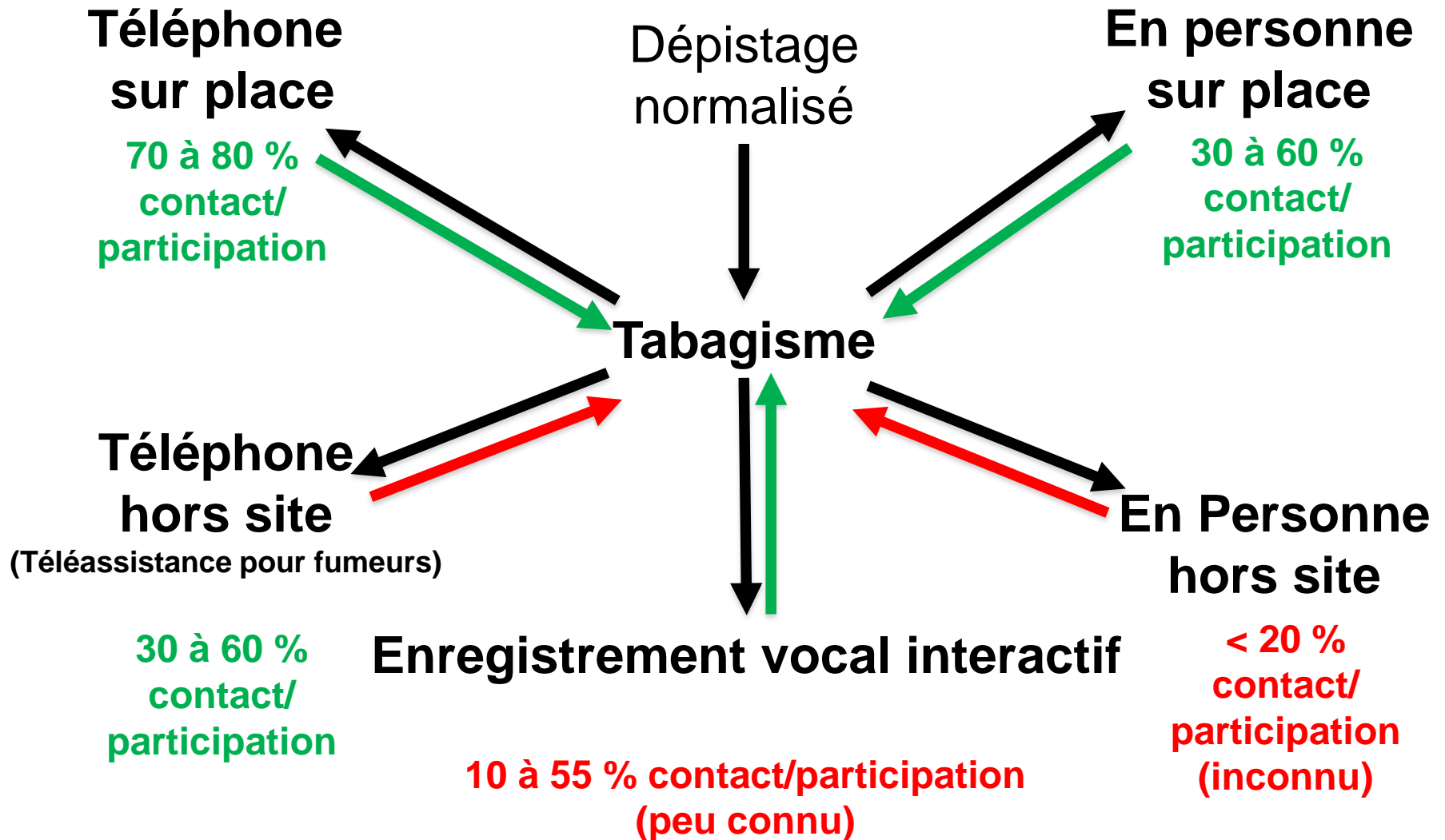
Comparaison de l'ampleur

	Oncologie fondée sur le génome ¹	« Oncologie complétée par l'abandon du tabagisme »
% des patients atteints de cancer qui pourraient en profiter	5 %	16,9 %
Coût du séquençage	500 \$ à 3 000 \$ (moyenne est. 1 500 \$)	0 \$
Coût du traitement	15 000 \$ à 250 000 \$ (moyenne est. 80 000 \$)	200 \$ à 1 500 \$ (974 \$: intensif + V + TRN) ²
Avantages cliniques	Taux de réponse de 54 % pour 29,5 mois médians	Taux de réduction de ~40 % de la mortalité
Coût par 1 000 patients totaux	4,075 millions \$	0,164 million \$
Rapport du coût par 1 000 patients totaux	~ 25:1	

1. Marquart J et coll., *JAMA Oncol* 2018

2. Estimations du coût de l'abandon du tabagisme par le PCCC pour 2017

Approches institutionnelles : attentes (supposant une approche de refus)



AAR et AAC

- **ASK (demander)**
 - Déterminer la consommation au moyen d'évaluations structurées
- **ADVISE (conseiller)**
 - TOUT LE PERSONNEL CLINIQUE doit conseiller
 - « Le tabac est MAUVAIS pour votre traitement contre le cancer et cesser de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour contribuer à la réussite de votre traitement »
 - « Je ne sais pas comment vous faire cesser de fumer, mais notre service d'aide à l'abandon du tabagisme communiquera avec vous pour vous aider »
 - « Comment allez-vous cette semaine? »
 - « Vous avez cessé de fumer (ou diminué votre consommation)? Merveilleux! Excellent! »
- **REFER OR CONNECT (AIGILLER OU METTRE EN RELATION) (ou TRAITER DIRECTEMENT)**

Message des soins primaires

Ces constatations me préoccupent.

Nous allons commencer à travailler sur votre cas, mais nous devons aussi parler de l'abandon du tabagisme. S'il s'agit d'un cancer, cesser de fumer peut vous aider à vivre plus longtemps et à vous sentir mieux.

L'UNE DES MEILLEURES CHOSES QUE **VOUS PUISSIEZ FAIRE DÈS MAINTENANT C'EST DE DÉCIDER DE CESSER DE FUMER, ET JE PEUX VOUS Y AIDER**

Sommaire

- Risques de mortalité liée au fait de continuer à fumer
 - par rapport au fait de ne pas fumer (SGR 2014) : ~1,5 à 1,6
 - par rapport au fait de cesser de fumer après le diagnostic : ~1,6 à 1,7
 - NOMBRE TRÈS FAIBLE DE SUJETS À TRAITER
- 3,4 milliards \$ – coût annuel du tabagisme pendant le traitement contre le cancer aux États-Unis après l'échec du traitement de première intention
- Taux de contact de 70 à 80 % pour l'aide à l'abandon du tabagisme (par téléphone)
- Rendements en termes concrets
 - 1/3 cesseront de fumer
 - 1/3 diminueront leur consommation
 - 1/3 ne changeront pas leur consommation

Selon vous, que devons-nous faire?

- **Inscrire chaque patient atteint de cancer qui fume à un programme de traitement de la dépendance au tabac**
 - Inscrire tout le monde en priorité pour commencer le traitement contre le cancer
- **Est-ce que tout le monde a vraiment besoin d'une intervention à haute intensité?**
 - Ceux qui ont plus besoin de soutien par rapport à ceux qui en ont moins besoin?
 - Quelle est la véritable meilleure intervention dans le contexte des soins liés au cancer?
- **Quels sont les effets biologiques du tabac?**
 - Est-ce que cela influencera les thérapies ciblées?
 - Existe-t-il des traitements plus efficaces?
- **Quelles sont les approches les plus rentables pour améliorer l'efficacité des traitements contre le cancer?**
 - Abandon c. payer pour des soins de 2^e-3^e-4^e-... intention?

Exemple tiré de la pratique : élaborer et mettre en œuvre des services de soutien à l'abandon du tabagisme pour les patients atteints de cancer



Eastern
Health

*Scott Antle
Directeur de projet, abandon du tabagisme
Gestionnaire de programme,
dépistage du cancer du côlon/dépistage du
cancer du col de l'utérus, T.-N.-L.
Programme de soins contre le cancer, Régie de
santé de l'Est*



www.easternhealth.ca

Remerciements

- **Groupe de travail du projet d'abandon du tabagisme**
- **D^{re} Suzanne Drodge**
- **Groupe de planification du projet pilote d'abandon du tabagisme**
- **Out Patient Pharmacy Health Sciences Centre, Régie de santé de l'Est**
- **Ministère des Enfants, des Aînés et du Développement social**
- **Cliniciens du Programme pilote d'abandon du tabagisme**
- **Équipe de prévention du PCCC**



Objectifs

- **Démontrer la nécessité d'un programme d'abandon du tabagisme en oncologie ambulatoire à Terre-Neuve-et-Labrador**
- **Décrire le processus de planification d'un programme pilote d'abandon du tabagisme afin d'inclure la pharmacothérapie**
- **Atteindre la réussite (état actuel)**
- **Défis/leçons tirées**
- **L'avenir**

Données en faveur de l'abandon du tabagisme



Données en faveur de l'abandon du tabagisme

- Terre-Neuve-et-Labrador affiche l'un des taux de tabagisme quotidien les plus élevés au pays (environ une personne sur cinq)
- Terre-Neuve-et-Labrador affiche le taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge le plus élevé pour tous les cancers à 586,8/100 000 (Statistiques canadiennes sur le cancer 2017)
- Affiche l'un des taux les plus élevés de mortalité normalisés selon l'âge à 233,3/100 000
- 22 % des nouveaux patients du programme de soins contre le cancer à T.-N.-L. s'identifient comme des **fumeurs actuels**

Données en faveur de l'abandon du tabagisme (2015)

- On a expliqué les avantages de ne pas fumer aux patients atteints de cancer
- Le programme de cancérologie pourrait aiguiller les fumeurs vers la ligne Téléassistance pour fumeurs pour leur permettre d'obtenir du soutien ou l'aide éventuelle d'une pharmacothérapie par le biais d'un régime provincial d'assurance-médicaments
- En 2015, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a lancé un appel d'offres pour l'abandon du tabagisme en lien avec les soins liés au cancer
- Le programme de soins contre le cancer a réussi à obtenir un financement pour mettre sur pied un programme d'abandon du tabagisme

Établir le plan



“Since we’re not allowed to smoke in the office, I put tobacco in the brownies.”

Reprinted from The Funny Times / PO Box 18530 / Cleveland Heights, OH 44118
phone: (216) 371-8600 / e-mail: ft@funnytimes.com

Établir le plan

- **Par où commencer :**
 - Acquisition de personnel
 - Formation de groupes de travail/comités
 - Examen des pratiques exemplaires, collecte de données
 - Compréhension de l'offre actuelle en matière d'abandon du tabagisme et de pharmacothérapie
 - Formation de partenariats et nomination des champions clés
 - Penser en termes de **durabilité**

Allons-y!

Établir le plan

- Le projet de T.-N.-L. a utilisé le plan durable de la Washington University www.sustaintool.org pour orienter la planification
- L'évaluation de la durabilité a permis au projet :
 - de cerner les lacunes;
 - de renforcer les relations et créer des liens (Téléassistance pour fumeurs, ministère de l'Enfance, des Aînés et du Développement social);
 - d'élaborer un plan (flux de patients/algorithmes);
 - de trouver les champions clés et les ressources potentielles;
 - d'amorcer un changement de culture dans les soins liés au cancer concernant l'abandon du tabagisme;
 - de développer et de rechercher la rétroaction des médecins, du personnel et des patients.

Créer un élan

- Le défi consistait à accroître la sensibilisation à l'importance de l'abandon du tabagisme en oncologie ambulatoire chez :
 - les médecins et le personnel;
 - les patients.
- Pensez en termes de changement du système...
 - Offrir aux patients les outils pour faire une différence dans leur traitement (70 % des patients souhaitent faire quelque chose pour prendre en charge leur santé)
 - Mettre l'accent sur la notion que l'abandon du tabagisme est un service de soutien
 - L'abandon du tabagisme devient une norme de soins

Créer un élan

- Le projet cherchait à obtenir de la rétroaction et à augmenter les connaissances pour soutenir le début des changements apportés au système...
 - Mobilisation des experts en contenu (D^r Bill Evans)
 - Mobilisation du personnel, des médecins et des patients
 - Possibilités d'éducation (TEACH)
 - Mise à profit des projets du PCCC (PNIM, dépistage de la détresse)
- Le processus a reçu l'appui du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) sous la forme de :
 - transfert des connaissances (webinaires et réunions en personne);
 - partage d'information.



Eastern
Health

Créer un élan

- L'ensemble de la rétroaction indiquait **le besoin d'un accès gratuit** à la pharmacothérapie
- Point de bascule :
 - **Diffusion par le Partenariat des coûts de l'abandon du tabagisme comparativement aux traitements traditionnels**

Créer un élan

ENGAGEMENT SUCCESS IN THE PLANNING OF A SMOKING CESSATION AND RELAPSE PREVENTION PROGRAM IN AN AMBULATORY ONCOLOGY SETTING

Scott Antle¹, Dr. Farah McCrate¹, Natalie Moody², Bernie Squires³, Elaine Warren¹, Dr. C. Suzanne Drodge^{1, 3}

Cancer Care Program, Eastern Health, St. John's NL, Health Promotion, Eastern Health, St. John's NL, Department of Children, Seniors and Social Development, Government of Newfoundland and Labrador, St. John's NL, Memorial University of Newfoundland, Faculty of Medicine, St. John's NL

LEARNING OBJECTIVES

- Plan a smoking cessation and relapse prevention clinical program in Cancer Care in NL
- Achieve high level engagement among leadership and staff to increase awareness and practice of smoking cessation

BACKGROUND AND PROJECT OBJECTIVES

Evidence is conclusive on the adverse relationship of continued tobacco use after a cancer diagnosis on cancer treatment side effects and survivorship. The 2014 US Surgeon General Report on Smoking and Health concluded there was sufficient evidence to infer a causal relationship between cigarette smoking and increased all-cause mortality and cancer-specific mortality. Therefore, smoking cessation may be one of the best things a cancer patient can do after a cancer diagnosis. Additionally, smoking cessation should be a standard of care in ambulatory oncology settings.

In 2015 the Cancer Care Program of Eastern Health received funding from the Canadian Partnership Against Cancer (CPAC) to develop a plan for delivery of a smoking cessation and relapse prevention clinical program. Key project deliverables would result in a plan for the development of a sustainable program that integrates cessation counselling, pharmacotherapy and behavioral therapy, providing a patient the best opportunity to become smoke free.

With approximately 22% of new cancer patients self-identifying as a current smoker upon entry into the cancer care program, a best practice cessation program can have a significant benefit for cancer patients in NL.

METHODS

A variety of methods were used to engage staff and physicians on the planning for a clinical smoking cessation program (key project deliverable). Methods included:

- Presentations at department meetings and endorsement from Clinical and Divisional Chiefs
- Presentations by content experts
- Grand rounds on tobacco cessation specific to cancer care
- Staff focus groups (Table 1)
- Stakeholder surveys (Table 2)
- Patient surveys (Figures 1 and 2)
- Educational opportunities for staff and physicians to include standard clinical guidelines
- Build external partnerships to provide patients with behavioral therapy services
- Feedback on draft clinic pathway for smoking cessation with a multi-disciplinary approach to operations
- Creation and strengthening of new and existing community partnerships in smoking cessation resources

Patient and family survey: 48 participants (3 week period)

Asked About Smoking History



Figure 1: Percentage of cancer patients who were asked about their smoking status upon entry into the cancer care program, 48 total responses.

Offer Smoking Cessation



Figure 2: Patient and family survey results demonstrating opinions on if the cancer program should help patients quit smoking, 48 total responses.



Figure 3: Draft smoking cessation patient pathway in Cancer Care Program.

RESULTS

From the initial introduction of a smoking cessation clinical plan, engagement among staff and physicians was high. A sense of "ownership" in program planning and development was created early as program staff and physicians understood the benefit a cessation program offered their patients. The introduction of a smoking cessation program in departmental meetings was followed up with expert presentations, strengthening of community partnerships and feedback mechanisms which solidified the benefits of smoking cessation to oncology care. In addition, the smoking cessation planning project aligned with other CPAC funded initiatives to build on the strength of those projects along common outcomes or deliverables. From this work various themes and outcomes developed:

- Champions emerged among cancer program staff and physicians across several disciplines to include medical and radiation oncology
- Groups recognized the positive impacts of smoking cessation and the opportunity to influence patients as requests for smoking cessation topics increased
- Planning feedback from staff was regular and beneficial as demonstrated in feedback from staff driven focus groups (Table 1)
- Inquiries on current pharmacotherapy coverage, and increased referral to the Smoker's Helpline were observed as a patient survey indicated that more than 90% of the time they were asked about their smoking history (Figure 1)
- Patients were given a sense of ownership in project planning as through surveys 79.2% believed the cancer program should offer smoking cessation services
- Endorsement and engagement from external partners such as the Canadian Cancer Society and Smoker's Helpline

Staff Focus Groups

Smoking Cessation Program/Clinic Components
Informal
Accessible (Telehealth)
Offered to patients outside of St. John's
Opened to patients and family members
Self-referrals
Peer support and education elements
Patient centered approach
Cessation aids and medications available

Table 1: Summary of staff focus group sessions on smoking cessation program/clinic structure

Stakeholder engagement surveys tables. 24 surveys sent 11 respondents

Components	Somewhat important n, %	Moderately important n, %	Very important n, %
Referral to Smoker's Helpline	1 (9.1%)	2 (18.2%)	8 (72.7%)
Behavioral Therapy	-	4 (36.4%)	7 (63.6%)
Support group for patients	2 (18.2%)	5 (45.5%)	4 (36.4%)
Education sessions for patients and their family members	2 (18.2%)	2 (18.2%)	7 (63.6%)
Education sessions for health professionals	-	3 (27.3%)	8 (72.7%)
Integration and linkage with primary care providers (i.e., letters of participation in the cessation clinic and role for PCP in follow-up care)	1 (9.1%)	3 (27.3%)	7 (63.6%)
Support after discharge from Cancer Care Program	1 (9.1%)	2 (18.2%)	8 (72.7%)
Nicotine Replacement Therapy	-	2 (18.2%)	9 (81.8%)
Prescription medications	-	2 (18.2%)	9 (81.8%)

Table 2: Rating potential components of a tobacco cessation program in terms of importance

CONCLUSION

A high level of engagement among physicians, staff and external partners is crucial for the development of a clinical program for smoking cessation in cancer care which will provide significant benefit to cancer patients in NL. Without such engagement a sustainable program would not be possible.

Atteindre la réussite :

- Synchronisme des données économiques en harmonie avec les objectifs du document *Way Forward* du gouvernement provincial pour diminuer les taux de tabagisme de T.-N.-L
- Il a été reconnu que l'abandon du tabagisme est un élément clé pour réduire les taux de tabagisme
- L'occasion s'est présentée de soumettre un appel d'offres relatif à un programme clinique pilote d'abandon du tabagisme dans le contexte des soins liés au cancer

Atteindre la réussite : programme pilote d'abandon du tabagisme de novembre 2017

- Un appel d'offres a été présenté pour établir le bien-fondé :
 - d'un accès gratuit à la pharmacothérapie;
 - des avantages pour le patient;
 - des avantages économiques;
 - de l'objectif global d'un programme durable d'abandon du tabagisme dans le contexte des soins liés au cancer.
- Programme pilote d'abandon du tabagisme
 - ✓ Demi-journée, une fois par semaine
 - ✓ Programme pilote ciblant les nouveaux patients atteints de cancer de la tête/du cou, du poumon, du sein et gynécologique
 - ✓ Quatre cliniciens (multidisciplinaire)
 - ✓ Partenariat avec la pharmacie ambulatoire pour offrir la pharmacothérapie
 - ✓ Aiguillages vers la ligne Téléassistance pour fumeurs

Défis/leçons tirées



“But, can you help me quit smoking?”

Défis

- Les programmes de soins liés au cancer sont des environnements complexes
- Offrir aux patients un processus simple pour recevoir la pharmacothérapie
- Un changement de culture est nécessaire pour faire de l'abandon du tabagisme une norme de soins :
 - Personnel
 - Direction
 - Médecins
- Durabilité

Leçons tirées

- **Systemes de données et flux de patients**
 - Environnements complexes et géographie
- **Simplifier le besoin**
 - Utiliser la relation coût/avantage comme un avantage
- **Garder le processus en mouvement**
 - Partager l'information entre les champions, les dirigeants et les cliniciens clés
- **S'attendre à l'inattendu**
 - Penser à long terme!

Le programme pilote jusqu'ici... évaluation

- Les patients nous disent ce qui suit...
 - Amélioration de la qualité de vie grâce à une diminution de l'usage du tabac
 - Nombreux sont ceux qui sont motivés à cesser de fumer
 - Apprécient les rendez-vous en clinique
 - Préfèrent rester en contact avec le clinicien (comprend le diagnostic)
 - La pharmacothérapie est essentielle

L'avenir...

- Un deuxième projet du Partenariat avec pour **objectif** l'avancement de l'abandon du tabagisme en oncologie ambulatoire
- **Trois thèmes :**
 - Gestion du changement
 - L'abandon du tabagisme en tant que norme de soins
 - Développement éducatif
 - Personnel, médecins et patients
 - Télésanté
 - Services d'abandon du tabagisme offerts dans des centres de cancérologie régionaux

Merci!

IT'S NEVER TOO LATE TO

Quit Smoking

We are here to help.



Ask your health care professional for information on how quitting smoking can help with your cancer treatment.



Ressources sur les pratiques exemplaires ressortant de l'analyse des programmes d'abandon du tabagisme

Ressources de l'analyse des programmes d'abandon du tabagisme



http://www.cancerview.ca/fr/prevention_et_depistage/tabac/



CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER



PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER

PRATIQUES CLINIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE D'ABANDON DU TABAGISME



RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES PROGRAMMES CANADIENS

AVRIL 2018 (v5.0)



Résumé des mises à jour d'avril 2018

- Maintien de la plupart des programmes + expansion dans de nouveaux milieux
 - Quatre programmes abandonnés
- Solide alignement sur les lignes directrices pancanadiennes fondées sur des données probantes
- Nouveaux renseignements ajoutés sur les fournisseurs de soins de santé autorisés à prescrire des aides antitabagiques
- La cytisine est maintenant autorisée au Canada comme médicament pour aider à cesser de fumer
 - Actuellement, elle n'est financée par le régime public dans aucun territoire de compétence.
- Deux territoires de compétence (N.-B. + T.-N.-L.) ont élargi la couverture des aides antitabagiques.
- Il rest des occasions d'améliorer l'accès aux aides antitabagiques dans l'ensemble des territoires de compétence.

Couverture des aides au renoncement au Canada

Légende :

- Bupropion (BUP)
- Varenicline (VAR)
- Cytisine (CYT)
- Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN p. ex. timbre transdermique, gomme, pastille, vaporisateur, inhalateur)

Admissibilité :

- Accès limité aux produits si surlignés en jaune

Health Professionals Who Can Prescribe Cessation Aids:

- Les pharmaciens
- Code de facturation du médecin : général (p. ex., counselling de promotion de la santé)
- Code de facturation du médecin : spécifique à l'abandon du tabagisme
- Les infirmières praticiennes
- Les dentistes
- Autres professionnels paramédicaux

FÉDÉRAL (Services aux Autochtones Canada) ■

Services de santé non assurés pour les Premières nations et les Inuits

Date de début : 2007
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Inscrit au Programme des services de santé non assurés (SSNA) et non couvert par d'autres prestations, admissible à recevoir gratuitement jusqu'à trois séries de traitement sur une période de 12 mois. Deux séries de 12 sem. par an de TRN (p. ex. timbre cutané), une série de 12 sem. par an de gommes, de pastilles et d'inhalateurs. Les médicaments sous ordonnance sont également remboursés.

COLOMBIE-BRITANNIQUE ♦♦♦X

BC Smoking Cessation Program

Date de début : 2011
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : TRN : résident de la C.-B., actif et valide détenteur d'une couverture médicale (Medical Services Plan), s'obtient auprès des pharmacies communautaires, gratuit jusqu'à 12 sem. consécutives par an.
 BUP/VAR : résident de la C.-B., actif et valide détenteur d'une couverture médicale (Medical Services Plan). Les bénéficiaires du régime FairPharmaCare sont couverts jusqu'à 12 sem. consécutives par an, et les participants des régimes B, C ou G de PharmaCare admissibles à la gratuité des médicaments sont couverts jusqu'à 12 sem. consécutives par an.

ALBERTA ■■■♦

Alberta Health Supplementary Health Benefit Program/Alberta Drug Benefit List

Date de début : 1998
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Bénéficiaires d'un programme d'Alberta Health (Assured Income for the Severely Handicapped, Income Support, Alberta Adult Health Benefit, Alberta Child Health Benefit) peuvent suivre gratuitement une TRN (cumulatif à vie de 500 \$) ou recevoir gratuitement du BUP pendant 12 sem. par an. Autorisation spéciale pour 24 sem. par an en même temps que des services de counselling pour l'abandon du tabagisme.
 Date de début : 2011

SASKATCHEWAN ■■■♦♦

Saskatchewan Drug Plan

Date de début : 2011
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Personnes de 18+ bénéficiaires d'une assurance non collective, d'une assurance pour les personnes âgées et (ou) d'une assurance-médicaments pour des soins palliatifs peuvent recevoir de la VAR à moindre coût sur autorisation spéciale).
 QuitCore Date de début : 2016
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Les personnes inscrites au programme QuitCore sont admissibles à recevoir jusqu'à 500,00 \$ canadiens de couverture pour leur TRN par an. Une couverture supplémentaire pour la VAR ou le BUP est également offerte aux participants au programme QuitCore avec une ordonnance.

YUKON ♦♦

QuitPath

Date de début : 2009
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Personnes de 18+ inscrites au programme QuitPath, gratuit pendant 12 sem. par an.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST ♦♦

Northwest Territories Health Care Plan

Date de début : 2014
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Personnes de 18+ non visées par le programme des SSNA ou un autre programme de prestations, gratuit pendant 12 sem. par an.

NUNAVUT ♦♦X

Extended Health Benefits

Date de début : 2011
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Personnes de 18+ non visées par le programme des SSNA ou un autre programme de prestations, gratuit pendant 12 sem. par an.

NOUVEAU-BRUNSWICK ■■■♦

Régime médicaments du Nouveau-Brunswick (RMNB)

Date de début : 2016
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : TRN : Les bénéficiaires âgés de 18 ans ou plus pris en charge par le NBPDP ou le NBDP sont admissibles au remboursement d'une TRN 12 sem. (84 timbres/960 pastilles) par an. Une autre période de 12 sem. peut être couverte sur autorisation spéciale.

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB)

Date de début : 2014
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : BUP/VAR : couverture pour les 18+ par le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, admissibles au remboursement des médicaments pendant 12 semaines par an. Une autorisation spéciale peut couvrir 12 autres semaines de l'année.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR ■■■♦♦

Newfoundland and Labrador Smoking Cessation Program for Individuals with Low Income

Date de début : 2014
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : BUP/VAR : personnes de 18+ inscrites auprès des régimes suivants : Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program Foundation, programme Access ou 65+ Plan. Quote-part jusqu'à 75 \$ pendant 12 sem. par an.

TIMBRE : Les personnes de 18 ans ou plus qui sont inscrites aux régimes Foundation, Access ou 65+ du programme des médicaments sous ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à recevoir jusqu'à 12 sem. (84 jours consécutifs) de timbres Habitrol sur une période de 365 jours, avec une quote-part pouvant aller jusqu'à 75 \$. Une autorisation spéciale peut couvrir des doses supplémentaires.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD ♦♦♦X

QuitCare

Date de début : 2007
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Personnes de 18+ inscrites au programme QuitCare ont droit à un remboursement de 75 \$ par an si elles suivent une TRN ou prennent du BUP ou de la VAR.
 Programmes de médicaments Financial Assistance, Children in Care, Family Health Benefit et Catastrophic Drug Program de l'île du Prince-Édouard
 Date de début : 2015

DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Personnes admissibles aux programmes de médicaments Financial Assistance, Children in Care, Family Health Benefit et Catastrophic Drug Program pour BUP + VAR pendant 12 sem. par an.

NOUVELLE-ÉCOSSE ■■■♦

DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Certaines zones sanitaires subventionnent le coût de la TRN et (ou) de la VAR.

MANITOBA ■■■♦♦

Manitoba Pharmacare

Date de début : 2011
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Personnes de 18+ inscrites au programme Saskatchewan Health (régime 1 : à moindre coût, régime 2 ou 3 : gratuit, ou le programme Saskatchewan Aids to Independent Living : gratuit, ou par les programmes suivants : Special Support Program, Guaranteed Income Supplement, Saskatchewan Income Plan, Family Health Benefits, Seniors' Plan (coût réduit), 12 sem. par an.

ONTARIO ■■■♦♦X

Programme demédicaments de l'Ontario

Date de début : 2011
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Les membres du programme de médicaments de l'Ontario bénéficient de la couverture des médicaments sur ordonnance pour l'abandon du tabagisme jusqu'à 12 sem. par an s'ils sont inscrits à un programme d'abandon du tabagisme.

QUÉBEC ■■■♦♦

Régime d'assurance-médicaments du Québec

Date de début : 2000
 DÉTAILS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ : Personnes âgées, bénéficiaires de l'aide sociale ou personnes n'ayant pas d'assurance-maladie : peuvent recevoir des médicaments ou suivre une TRN sans frais pendant 12 sem. par an.

Partenariat canadien contre le cancer (2018). Pratiques cliniques exemplaires en matière de renoncement au tabagisme : Couverture des aides au renoncement p.5.18. Accessible sur le site : www.vuesurlecancer.ca/tabac

La production de cette infographie a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada, par l'intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer.



PRATIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE D'ABANDON DU TABAGISME CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS, LES INUITS ET LES MÉTIS



RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES PROGRAMMES CANADIENS
AVRIL 2018 (v4.0)



Résumé des mises à jour d'avril 2018

- Maintien de la plupart des programmes + expansion dans d'autres milieux
- Solide alignement sur les lignes directrices pancanadiennes fondées sur des données probantes
- Nouvelles occasions de formation sur le savoir-faire culturel et ressources pour le personnel introduites dans certains territoires de compétence

CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER



PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER

PRATIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE D'ABANDON DU
TABAGISME POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE
TROUBLES DE SANTÉ MENTALE OU DE TOXICOMANIE(S)



RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES PROGRAMMES CANADIENS

AVRIL 2018 (v2.0)

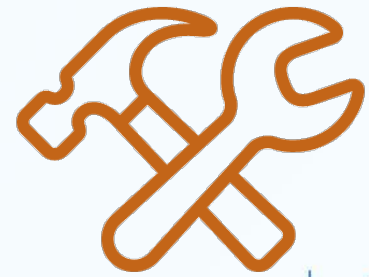


Résumé des mises à jour d'avril 2018

- Maintien des programmes + expansion dans de nouveaux milieux
- Solide alignement sur les lignes directrices pancanadiennes fondées sur des données probantes
- Les T.N.-O. ont commencé à offrir des services de téléassistance pour fumeurs adaptés aux personnes souffrant de troubles de santé mentale ou de toxicomanies (nouveau total de 11 territoires de compétence sur 13).
- Trois territoires de compétence (T.N.-O., ON, N.-É.) ont adopté de nouvelles politiques, de nouveaux protocoles ou de nouvelles initiatives de développement des capacités en matière d'abandon du tabagisme pour appuyer les personnes souffrant de troubles de santé mentale ou de toxicomanies (nouveau total de 11 territoires de compétence sur 13).

Comment puis-je utiliser les analyses de programmes dans ma pratique?

- Pour éclairer les décisions concernant l'adoption ou l'adaptation des programmes
- Pour développer de nouveaux produits de connaissances (p. ex., séances d'information, présentations, rapports)
- Pour soutenir le transfert et le partage des connaissances



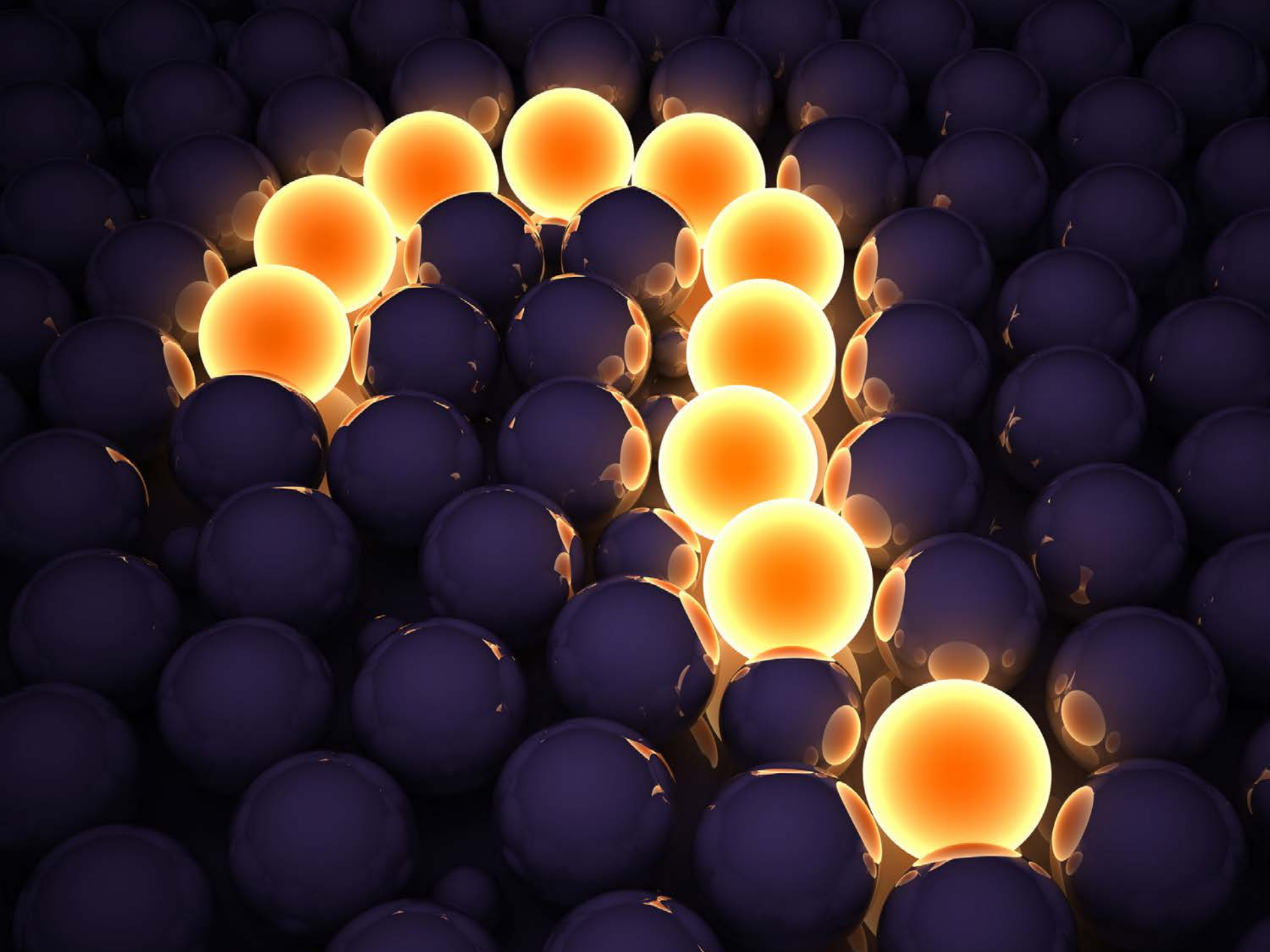
Restez en contact



Vous souhaitez tout savoir sur les événements, les nouvelles et les webinaires les plus récents?

Consultez notre page d'abonnement et sélectionnez les types de nouvelles et de courriels que vous souhaitez recevoir.

<https://www.partenariatcontrecancer.ca/subscribe/>



Merci!

Nous vous demandons de bien vouloir remplir le sondage d'évaluation du webinaire (vous le recevrez bientôt par courriel!)

**Caitlyn Timmings, gestionnaire de programme, Prévention,
Partenariat canadien contre le cancer**
caitlyn.timmings@partnershipagainstcancer.ca